Health and Welfare Canada
Santé et Bien-être social Canada

Family Violence Prevention Division

National Clearinghouse on Family Violence

Division de la prévention de la violence familiale

Centre national d'information sur la violence dans la famille

PSYCHOSOCIAL ADJUSTMENT OF WOMEN WHO WERE SEXUALLY VICTIMIZED IN CHILDHOOD OR ADOLESCENCE

Derek Jehu
and
Marjorie Gazan

University of Manitoba

ABSTRACT

89-03917/

PSYCHOSOCIAL ADJUSTMENT OF WOMEN WHO WERE SEXUALLY VICTIMIZED IN CHILDHOOD OR ADOLESCENCE

Derek Jehu
and
Marjorie Gazan

University of Manitoba

ABSTRACT

National Clearinghouse on Family Violence
Family Violence Prevention Division
Social Service Programs Branch
Health and Welfare Canada

©Minister of Supply and Services Canada 1989
Cat. No. H72-21/9-12-1989E
ISBN 0-662-16661-2

PSYCHOSOCIAL ADJUSTMENT OF WOMEN WHO WERE SEXUALLY VICTIMIZED IN CHILDHOOD OR ADOLESCENCE

Derek Jehu
and
Marjorie Gazan

University of Manitoba

ABSTRACT

As many as one third of all women have experienced sexual victimization as juveniles, and a range of emotional, inter-personal, and sexual problems appear to be frequent among these victims. On the current evidence, it is not possible to determine the extent to which these problems are a direct result of the exploitive sexual encounter or of other circumstances in the victims' lives. Nor can the incidence rates for various problems among victimized and non-victimized women be stated with any certainty, the samples on which estimates are made being biased and limited in many ways.

Emotionally, the problems of guilt, low self-esteem, and depression, are extremely common among victims, especially those who seek treatment.

The interpersonal relationships of many victims are characterized by feelings of isolation, alienation, and difference from other people, together with much mistrust and insecurity. There is some conflict of evidence over the prevalence of hostile or fearful attitudes towards men. Some victims do appear to avoid a lasting relationship with a man and many engage in a series of more transient and casual relationships. Prostitution also seems to be associated with sexual victimization in childhood. Among victims there appear to be tendencies to oversexualize all relationships with men, to engage repeatedly in ill-matched and punitive partnerships, and to exhibit a fear of intimacy. The evidence is contradictory on the incidence of homosexuality among women victims.

Sexual problems, and more particularly sexual dysfunctions, appear to be more frequent among victimized compared to non-victimized women. The dysfunctions exhibited include lack of motivation, sexual phobias, vaginismus, impaired arousal, difficulty in reaching climax, dyspareunia, and sexual dissatisfaction.

There is wide variation in adjustment between women victims, and among the factors that may contribute to these individual differences are the age of the child victim, the duration of the victimization, the nature of the sexual activity involved, and the perception of the woman concerning her feelings at the time of the victimization and its effects on her.

Reprinted by permission of Canadian Journal of Community Mental Health Vol. 2 No. 2 September 1983

In this paper we follow Finkelhor's (1979) usage of the term "sexual victimization" to refer to sexual experiences between juveniles and older persons that are exploitive because of the juvenile's age, lack of sexual sophistication, or relationship to the older person. The experiences covered range from exhibitionistic display of the offender's genitals through to sexual intercourse. They may or may not involve the use of force, and it is assumed that a juvenile is not competent to give an informed consent to the sexual activity. The age discrepancy criteria suggested are: (a) all experiences between a child aged 12 or under with a person who is five or more years older, or (b) all experiences between an adolescent aged 13 to 16 and a person at least 10 years older, which are considered by the adolescent at the time to be non-consensual and non-romantic in nature. Not all the studies discussed below conform completely to this definition but it does indicate the scope of sexual victimization as we use the term.

Turning now to the incidence of such victimization, on the basis of a review of the major surveys Herman concludes that their results are remarkably consistent in showing that "one fifth to one third of all women reported that they had had some sort of childhood sexual encounter with an adult male. Between four and twelve percent of all women reported a sexual experience with a relative, and one woman in a hundred reported a sexual experience with her father or stepfather" (1981, p. 12). All the surveys on which this conclusion is based were conducted in the United States, and there is no comparable information available in respect of Canadian women. It seems probable however, that sexual victimization is likely to be similarly widespread in this country.

The evidence reviewed below indicates that substantial proportions of victims exhibit various difficulties of adjustment in adulthood. One cannot be sure however, that these difficulties are a direct result of the sexual victimization per se. Other factors in the histories of many victims may well contribute to their later difficulties. These factors include family discord and disruption, parental blaming of the child for the victimization, and insensitive handling of the child victim by parents, police, courts, and social agencies.

Nor can the extent of later adjustment problems among victims be determined with any degree of precision. The available evidence is scarce, and frequently biased or limited in some way. For example, much of this evidence is derived from studies of adult victims who are clients of therapists or social agencies, or who are involved with the criminal justice system. By definition these victims are having some problems in their lives and they may not be representative of the general population of victims. Similarly, those victims who volunteer to participate in research studies may not be typical of all victims. Another limitation is the absence of a control or comparison sample of non-victims in many studies, so that the significance of difficulties among victims cannot be ascertained.

Despite these deficiencies in the evidence available it is clear that adult victims do commonly experience certain problems, and for heuristic purposes these are discussed below in the general categories of emotional, interpersonal, and sexual adjustment. The allocation of problems to these categories is somewhat arbitrary, and there is considerable overlap between them. It is apparent also that there is a wide variation in adjustment among adult victims, and some possible sources of these individual differences are reviewed below.

EMOTIONAL ADJUSTMENT

It is not absolutely clear whether the general population of victims has a higher prevalence of emotional disorders than non-victims (Courtois, 1979, Herman, 1981, Meiselman, 1980, Tsai, Feldman-Summers & Edgar, 1979), but there is no doubt that victims who seek treatment in adulthood frequently exhibit the closely related problems of guilt, low self-esteem, and depression.

Guilt

On the basis of their experience in conducting therapy groups for women who were sexually molested as children, Tsai and Wagner (1978) claim that guilt is universal among such women, and these authors attribute this guilt to three factors.

First, the child victim was often pressured to keep the molestation secret, and this may have conveyed the idea that what happened was something that she should be ashamed of and not reveal to others.

Second, guilt may arise from the experience of physical pleasure during the molestation, despite its repugnance to the victim.

Third, she may blame herself for allowing the molestation to continue over an extended period of time (an average of 4.6 years among Tsai and Wagner's subjects). Help to end it may not have been sought because of the pressure for secrecy, fear of not being believed, or reluctance to cause discord or disintegration in the family. The victim may feel however, that she must have contributed in some way to the continuance of the molestation, perhaps by being seductive, and that there must have been something more she could have done to stop it.

Low self-esteem

Closely related to feelings of guilt is the low self-esteem of many women victims, they often regard themselves as inferior or worthless compared to other people.

For instance, among 30 women victims of incest who volunteered to be interviewed in a research study conducted by Courtois (1979), 87% reported their sense of self as having been moderately to severely affected. Similarly, among 40 father-daughter incest victims in psychotherapy, 60% had a predominantly negative self-image. The investigator comments that "Many women felt that what set them apart from others was their own evilness. With depressing regularity, these women referred to themselves as bitches, witches, and whores. The incest secret formed the core of their identity". (Herman, 1981, p.97).

Depression

Not surprisingly in view of the prevalence of guilt and low self-esteem, depression is also commonly reported among victims.

Thus, in Meiselman's (1978) study of 26 father-daughter incest victims and a control sample of non-victims, both groups being in psychotherapy, depression was diagnosed in 35% of the victims compared to 23% of the non-victims. In Herman's study of 40 father-daughter incest victims in psychotherapy, 60% exhibited major depressive symptoms.

INTERPERSONAL ADJUSTMENT

In general, the interpersonal relationships of adult victims are often characterized by feelings of isolation, alienation, and difference from other people, together with much mistrust and insecurity. For instance, such problems were rated from moderate to severe by 73% of the 30 women incest victims who volunteered for the Courtois (1979) study.

In the same study, 79% of the women reported moderate to severe problems in their relationships with men particularly. These problems included disappointment, fear, hostility, mistrust, and a sense of betrayal. Similarly, in Meiselman's (1978) psychotherapy samples of 26 father-daughter incest victims and controls, 64% of the victims and 40% of the controls complained of conflict with, or fear of, the husband or sex partner.

In contrast, Herman (1981) reports that only 3 of her 40 father-daughter victims in psychotherapy expressed a predominantly hostile or fearful attitude towards men or avoided men entirely, the majority tended to overvalue and idealize men. Whatever anger they felt was most commonly directed towards women, including themselves, whom they regarded with contempt as inadequate people with nothing to offer or as potential rivals for male partners. This hostility generally prevented the development of supportive female friendships.

Avoidance of relationships

Clinically, there are indications that some women victims do avoid any longer-term relationship with a man, and there is possible support for this in the marriage rates reported.

For instance, among Meiselman's (1978) psychotherapy subjects, 39% of 23 father-daughter incest victims had never married compared to 20% of the control group. This was also true of 40% of the 30 research volunteer incest victims interviewed by Courtois (1979).

Transient relationships

In contrast to the avoidance of longer-term relationships there is evidence that many victims do tend to have numerous sexual relationships of a more transient and casual nature.

Tsai et al (1979) studied three groups, each consisting of 30 women: (a) a clinical group comprising women currently seeking therapy for problems associated with childhood

molestation. In this group 43% of the women reported having 15 or more consensual sexual partners. The equivalent proportions were (b) 17% in a non-clinical group consisting of women who had been molested as children but who had never sought therapy, and (c) 9% in a control group of women who had never been molested and who were matched to the non-clinical group.

Further evidence is available among the psychotherapy patients studied by Meiselman (1978), who defines promiscuity as occurring if the woman reports "having sex on a very casual basis or changing her sexual partner very frequently - say every few weeks or months" (p.135). According to this criterion, 19% of 26 victims of father-daughter incest were judged to have gone through a period of promiscuity subsequent to the incestuous experience. This promiscuity may be attributable to the oversexualized and "masochistic" nature of victims' relationships with men, and to their inability to respond sexually with more lasting and intimate partners. These contributory factors are discussed in the next three sections.

There is also some recent evidence indicating that prostitution may be commoner among victims than in the general population. James and Meyerding (1977) interviewed 136 adult women prostitutes in a U.S. city. Prior to their first intercourse, 52% of these women had experienced attempts at sexual play or intercourse by a person more than 10 years older than themselves. As 92% of the women had experienced intercourse before the age of 18, it is clear that the vast majority of sexual advances by older persons must have occurred when the victim was a child or adolescent.

In comparison to the incidence of 52% for such advances among the prostitutes, James and Meyerding cite Gagnon's (1965) figure of 23% of women in a sample from the general population who had experienced advances by a man at least five years older than themselves. Furthermore, 12% of the offenders were fathers, stepfathers, or foster fathers in the prostitute group, whereas only 2% were "father figures" in Gagnon's sample from the general population. Thus, it seems that adult sexual advances during childhood and adolescence were experienced more commonly by prostitutes, and these advances were more often made by the victim's father.

The investigators speculate that sexual exploitation at an early age lowers the victim's self-esteem and lessens her resistance to viewing herself as a saleable commodity. Herman makes a similar point: "The father, in effect, forces the daughter to pay with her body for affection and care which should be freely given. In so doing, he destroys the protective bond between parent and child and initiates his daughter into prostitution" (1981, p.4). It should be noted also that many victimized adolescents run away from home and prostitution may be a means of survival for them on their own.

Oversexualized relationships

An unknown proportion of incest victims are described as having a tendency to sexualize all their relationships.

There are several possible reasons for this tendency. The victims may not be able to distinguish sex and affection because of the confusion of parental love and sexuality in childhood (Meiselman, 1978). They may have learned to use sex as an effective

means of getting attention (Herman, 1981), and some may have a compulsive need for sex as proof of being loved and of being an adequate woman (Courtois, 1979). Whatever the reason, the result is often a constant series of brief, unsatisfying, hurtful, and damaging relationships, which only serve to increase the victim's distrust of other people.

Dissonant relationships

A related issue is the tendency of victims to engage repeatedly in relationships with apparently unsuitable partners who often misuse the women.

Thus, among Meiselman's (1978) psychotherapy patients, 42% of 26 father-daughter incest victims were said by their therapists to be "masochistic", meaning that the women sought out and passively tolerated relationships in which they were mistreated. Terms such as "doormat", "punching bag", and "dish-rag" were often used to describe these women. On the basis of their experience in running therapy groups for women who were sexually molested as children, Tsai and Wagner (1978) also note the seeming compulsion of some of these victims to get involved with unworthy men, who not infrequently resemble the molester.

Several speculations have been advanced to account for this tendency towards ill-matched and punishing relationships. The victim's self-esteem is often so low that she always selects partners who are beneath her and who do not embody high standards which she feels she cannot live up to (Tsai & Wagner, 1978). It has been suggested also that the woman's mistreatment by men might serve as further proof that "they are all beasts", and thus to justify her moral superiority and hostility towards them (Meiselman, 1978). Finally, the woman may never have learned the skills required to protect herself and assert her rights in a relationship, and she may have acquired only very limited expectations of what she might reasonably demand from a partner. Any such deficiencies in skills and expectations could stem from the victim's modelling of her mother's passive role in relation to a dominant father, a situation that is typical of many incestuous families (Herman, 1981, Meiselman, 1978).

Some incestuous fathers appear to have a hatred of women and a fear of being controlled by them, which are often acted out in a history of rape and wife-beating. Certainly it is not uncommon for incestuous fathers to adopt an extremely dominant, tyrannical, and imperious role in the family, so that other members are intimidated, threatened, and physically abused. Such coercion is often based on the ideal of the patriarch, to whom the wife and daughters should be obedient and faithful, even extending to the sexual subordination and possession of the daughters by the father. Often these fathers are highly moralistic and religious, and they tend to advance strongly held ethical or doctrinal justifications for their behaviour.

In contrast, the mothers of incest victims are often unable or unwilling to fulfill the customary maternal functions because they are absent, ill, depressed, alcoholic, poorly educated, or subservient to their husbands. One consequence of such incapacities is that the mother is unable to protect, supervise, and guide her daughters, who are consequently more vulnerable to victimization. Another consequence is that the mother does not model or transmit self-protective and assertive skills to the daughters. Oppressed and demoralized wives who are victims themselves are in a poor position to instruct and equip their daughters to avoid these hazards. Thus the daughters of

incapacitated mothers may well grow up to be incapacitated mothers themselves, whose daughters will in turn be vulnerable to sexual victimization. This may be one reason for the intergenerational occurrence of victimization in some families, and it follows that every effort is required to break this cycle of victimization by helping women victims to function more adequately as mothers, as well as modifying the supremacy of males in our society that may be facilitating the excessively dominant role adopted by many of the fathers concerned.

Fear of intimate relationships

Some victims have difficulty in maintaining a longer term relationship with a man, because of the increasing closeness and intimacy that this involves. Therefore they tend to have a series of shorter term, more superficial relationships.

Kaplan refers to this pattern as a fear of intimacy, meaning "a special quality of emotional closeness between two people. It is an affectionate bond, the strands of which are composed of mutual caring, responsibility, trust, open communication of feelings and sensations, as well as the non-defended interchange of information about significant emotional events" (1979, p.183). Fear of such intimate relationships is also referred to by Levay and Kagle (1977) as an "intimacy dysfunction", in which people have difficulty in functioning sexually under conditions of involvement and commitment with an established partner, although they may be able to do so quite adequately during relatively impersonal or transient sexual relationships.

One reason for such difficulties in victims is that the more intimate a relationship becomes the greater the likelihood that it will recapitulate the earlier traumatic experiences with an offender who was emotionally close to the victim. Another possible reason is a profound distrust of intimate relationships arising from having been exploited by the offender and inadequately protected by the mother.

Homosexual relationships

There is some recent evidence indicating a greater tendency towards homosexual relationships among victimized women compared to non-victims.

In Meiselman's (1978) psychotherapy sample, 30% of 23 victims of father-daughter incest had either adopted a gay life style or they reported significant homosexual experiences or feelings. The equivalent proportion for the control subjects is not cited, but homosexuality is said to be rare amongst them. Many of the homosexually oriented victims appeared to be reacting to very negative heterosexual experiences, often involving phobic reactions to sexual activity and frequently culminating in a strong hatred of men. Quite commonly, the homosexual orientation was not manifested until after many years of heterosexual experience.

In a questionnaire study of 225 homosexual and 233 heterosexual women conducted by Gundlach (1977) there were 18 subjects who had been molested or raped by a **stranger** when the victim was aged 15 or younger. Of these victims, 55% were homosexual in adulthood. There were also 17 women who had been molested or raped by a **relative or close friend** when the victim was aged 15 or under, and in most cases the victimization was

strongly coercive. Of these victims, 94% were homosexual in adulthood. These somewhat startling findings on the apparently high incidence of homosexuality among victims obviously merit further investigation. Certainly they are markedly discrepant from Meiselman's (1978) figure of 30% noted above, as well as a report by Herman (1981) of only 5% homosexual, and 7.5% bisexual, women among 40 father-daughter incest victims.

SEXUAL ADJUSTMENT

The incidence of sexual problems among women who were sexually victimized in childhood or adolescence has been shown to be substantial in several different populations.

Fritz, Stoll and Wagner (1981) administered a questionnaire to 542 female college students to ascertain the incidences of sexual molestation and adult sexual problems in a non-clinical population which is fairly representative of the age group in the United States. Sexual molestation was defined as having at least one sexual encounter with a post-adolescent individual before the subject reached puberty. A sexual encounter was defined as physical contact of an overtly sexual nature, including breast or genital fondling and oral sex. Criteria for adult sexual problems included their level of satisfaction in present sexual functioning, self-perceived sex problems and the need for therapy for such problems, and the effect of early sexual experience on current sexual attitudes and behavior.

According to these definitions, 42 (7.7%) of the 542 subjects had been sexually molested, and 10 (23%) of these 42 women had current problems in their sexual adjustment. Unfortunately, the investigators do not report the incidence of sexual problems among the unmolested subjects, so that the significance of the rate among those who were molested cannot be determined with any certainty.

In the Meiselman (1978) study of psychotherapy patients, 87% of 23 father-daughter incest victims reported a current sexual problem or a serious problem in sexual adjustment at some time after the incest. In contrast, only 20% of 100 control subjects had reported sexual problems during therapy. The sexual problems among the incest victims were described as including frigidity, promiscuity, and confusion about sexual orientation, and it was not unusual for a victim to report two or three of these.

Finally, among the 30 research volunteer incest victims studied by Courtois (1979) the sexual effects of this experience were rated as moderate to severe by 80% of the victims. Their complaints included a compulsive need for sex, abstention from sex, and an inability to relax and enjoy sexual activity.

One type of problem that appears to be common among victims is sexual dysfunction, involving some impairment of sexual motivation, performance, or satisfaction (Jehu, 1979, Kaplan, 1974, 1979). In a questionnaire study of volunteers from the general population in the United States, Glasner (1980) found that sexual dysfunction in adulthood was experienced by 64% of 28 women who were sexually molested in childhood, while the comparable proportion for 15 unmolested women was 28%. This difference is significant at the 1% level. Conversely, in a study of 240 women who were seeking counseling for sexual dysfunctions (Baisden & Baisden, 1979) it was found that 90% reported sexual encounters before they were 18 years old with males who were at least four years older.

Often these dysfunctions are not manifested until some time after a sexual relationship commences. Initially, the impairment may be masked by the novelty and limited commitment of many early sexual contacts. Once a relationship becomes more established and closer, then feelings associated with victimization by an adult who was "related" to the child may be reactivated. Sometimes women will say that their partner has changed and has become more like the offender. This is the reaction pattern referred to above as an intimacy dysfunction.

Impaired motivation

Victims will sometimes report that they do not experience any interest in sex, they could go on indefinitely without missing sexual activity and abstinence from it is often a relief to them. Thus, in a small group of 12 incest victims who volunteered for a research study, 33% were reported to have a desire dysfunction (Becker, Skinner, Abel, and Treacy, 1982).

There are a number of possible causes for such impaired motivation in victims, including poor physical health, depression, conflict between the partners, fears of intimacy or romantic success, and the avoidance of sex because it is a painful, distressing, or unsatisfying experience for the woman (Jehu, 1979., Kaplan, 1979).

Sexual phobias

One reason why sex may be distressing is because it evokes strong phobic reactions in the victim (Kaplan, Fyer and Novick, 1982). For example, in the study by Becker et al (1982) cited above, a fear of sex was reported in 75% of the 12 incest victims.

Certain specific features of sexual activities, such as being touched in a particular way or coming into contact with semen, will elicit intense, irrational anxiety. Often these disturbing features are recapitulations of traumatic aspects of the victimization experience. The anticipation of the anxiety evoking events may be even more overwhelming than actual exposure to them, so that sexual approaches and foreplay may also become aversive. Even purely affectionate acts, such as a hug or kiss, may evoke anxiety unless the situation is such that a possible progression to sex is ruled out. In many victims, these feelings of anxiety are accompanied by physiological reactions such as profuse sweating, nausea, vomiting, diarrhea, or palpitations. It is understandable that phobias also include the avoidance of eliciting events. Consequently, the woman's sexual motivation is liable to become impaired, the range of foreplay is restricted, and the frequency of intercourse is reduced. Often it is performed only under pressure from the partner, from a sense of obligation towards him, or after the victim has been drinking.

Vaginismus

Vaginismus is a dysfunciton that is often associated with a sexual phobia, in this case of vaginal penetration. The threat of penetration evokes an involuntary reflex response consisting of the spastic contraction of the muscles at the outer third of the

vagina and the perineum. Consequently, intromission is either completely prevented or only possible with great difficulty and pain (Fertel, 1977, Lamont, 1978). As with other sexual phobias, the anxiety reaction to vaginal penetration and the accompanying reflex spasm may have been acquired during the earlier victimization experience.

Impaired arousal

In some victims, either or both of the physiological and psychological components of sexual arousal are impaired. Thus, a woman does not respond to sexual stimulation with the usual responses of vaginal lubrication and swelling, accompanied by erotic sensations and feelings. These responses may occur during masturbation but not with a partner. In the Becker et al (1982) study, 42% of the 12 incest victims were reported to have an arousal dysfunction.

One reason for such impaired arousal is the evocation during lovemaking of the phobic reactions discussed above. It is well known that excessive anxiety can disrupt arousal, and this is also likely to be terminated by the occurrence of physiological symptoms such as nausea, retching, and vomiting. Additionally, those aspects of lovemaking that are disturbing will be physically avoided, consequently effective sexual stimulation may not be received.

Such deficient stimulation may also result from the cognitive avoidance, or reduced awareness, of disturbing aspects of a sexual encounter. The woman does not perceive the stimulation she is receiving, nor does she experience the erotic sensations and feelings usually associated with it, consequently sexual arousal is impaired. In extreme cases, these sensations and feelings are totally lacking even to very intense stimulation, a condition sometimes referred to as "genital" or "sexual anesthesia".

Among the features of lovemaking that may evoke phobic reactions is the occurrence of "flashbacks" to the victimization experience. If something happens during the current encounter that reminds the woman of the traumatic incidents, then she may have a vivid memory or image of them which is very disturbing to her. Consequently, her response is more appropriate to the past incidents than to the present activity with a partner whom she may love very much.

Another common disturbing feature is any element of being coerced, used, or controlled by the current partner. This is also liable to recapitulate the earlier victimization experience and to evoke aversive reactions. For some victims, arousal is possible providing that they initiate and remain fully in control of the lovemaking.

Finally, some victims experience phobic reactions to the slightest hint of pleasure arising in a sexual encounter. Possibly, any such pleasure during the earlier victimization was associated with considerable guilt and distress, so that it has become threatening to the victim.

Impaired climax

Whether as a result of impaired arousal or for other reasons, some victims experience difficulty in reaching climax during their current sexual encounters. Thus, 42% of the 12 incest victims studied by Becker et al (1982) exhibited primary or secondary nonorgasmia.

Similarly, in Meiselman's (1978) psychotherapy sample, 74% of 23 father-daughter incest victims experienced organistic dysfunction (the equivalent proportion for the control subjects is not reported). Some of these victims could attain orgasm under specific circumstances; for example, during masturbation, when they had been drinking, with a new partner, or with a "safe" partner who is extremely undemanding and patient, unlike the earlier offender.

In contrast, there are some victims who can reach climax quite easily, even though they may not be sexually motivated or aroused. The orgasm seems to come "out of the blue". Often these victims can only climax during intercourse and not in response to other stimulation by a partner (McGuire and Wagner, 1978). In some cases also, the orgasm is not an enjoyable or satisfying experience. It is almost as if the victim has acquired the response at an early age, but in traumatic circumstances so that it has never been associated with pleasure (Tsai and Wagner, 1978).

Dyspareunia

Some women victims report experiencing pain during intercourse. In a proportion of cases, of course, this may be due to pelvic pathology, but it may also be caused by inadequate lubrication during the arousal process, or by the muscular contraction involved in vaginismus (Lamont, 1980, Wabrek and Wabrek, 1975).

An interesting finding is reported recently by Gross, Doerr, Caldirola, Guzinski, and Ripley (1980). They investigated 25 women complaining of chronic pelvic pain, 80% of whom were also experiencing difficulty in their sexual activities. On gynecological examination 60% of the patients were found to be normal, while 40% had only minor degrees of abnormality such as muscle spasm and pelvic relaxation. What is noteworthy is that 36% of the 25 women had a history of incest, whereas we saw above that the corresponding rate in the general population is likely to be between 4% and 12%.

Sexual dissatisfaction

It is important to recognize that despite the existence of some impairment of sexual motivation or performance it is still possible for a sexual relationship to be satisfying to the couple concerned. For instance, in a study of 100 happily married couples, it was found that 40% of the men and 63% of the women were currently experiencing some difficulty in sexual performance, and yet 80% of the couples considered their sexual relations to be satisfying (Frank, Anderson, and Rubenstein, 1978).

In the case of some victimized women however, there is evidence to suggest that their sexual relationships tend to be characterized by dissatisfaction as well as other dysfunctions. Thus, in the study by Tsai et al (1979), (a) the clinical group of women

currently seeking therapy for problems associated with childhood molestation reported significantly less satisfaction than either (b) the non-clinical group of women who had been molested but had never sought therapy, or (c) the control group of women who had never been molested. The additional findings that (b) the non-clinical molested group and (c) the control unmolested group did not differ in sexual satisfaction, highlights the fact that dissatisfaction is not universal among molested women.

INDIVIDUAL DIFFERENCES IN ADJUSTMENT

It will be obvious from the above review that there are wide individual differences in the emotional, interpersonal, and sexual adjustment of victims when they reach adulthood. Very little systematic information is currently available on the possible sources of these differences.

Perhaps the best evidence to date is provided by Tsai et al (1979). They compared the clinical group of women seeking therapy for problems associated with childhood molestation, with the non-clinical group of women who had been molested in childhood but who had never sought therapy and considered themselves well adjusted. Compared to the non-clinical subjects, the clinical subjects (a) had more frequently experienced the last molestation incident when they were aged 12 years or older, (b) were molested for a longer period, (c) were molested at a higher frequency, (d) more commonly experi-enced attempted intercourse, (e) recollected their feelings at the time of the molestation as being more negative, and (f) perceived the adverse impact of the molestation on their lives to be greater.

SUMMARY AND CONCLUSION

As many as one third of all women have experienced sexual victimization as juveniles, and a range of emotional, interpersonal, and sexual problems appear to be frequent among these victims. On the current evidence, it is not possible to determine the extent to which these problems are a direct result of the exploitive sexual encounter or of other circumstances in the victims' lives. Nor can the incidence rates for various problems among victimized and non-victimized women be stated with any certainty, the samples on which estimates are made being biased and limited in many ways.

Emotionally, the problems of guilt, low self-esteem, and depression, are extremely common among victims, especially those who seek treatment.

The interpersonal relationships of many victims are characterized by feelings of isolation, alienation, and difference from other people, together with much mistrust and insecurity. There is some conflict of evidence over the prevalence of hostile or fearful attitudes towards men. Some victims do appear to avoid a lasting relationship with a man and many engage in a series of more transient and casual relationships. Prostitution also seems to be associated with sexual victimization in childhood. Among victims there appear to be tendencies to oversexualize all relationships with men, to engage repeatedly in ill-matched and punitive partnerships, and to exhibit a fear of intimacy. The evidence is contradictory on the incidence of homosexuality among women victims.

Sexual problems, and more particularly sexual dysfunctions, appear to be more frequent among victimized compared to non-victimized women. The dysfunctions exhibited include lack of motivation, sexual phobias, vaginismus, impaired arousal, difficulty in reaching climax, dyspareunia, and sexual dissatisfaction.

There is wide variation in adjustment between women victims, and among the factors that may contribute to these individual differences are the age of the child victim, the duration of the victimization, the nature of the sexual activity involved, and the perceptions of the woman concerning her feelings at the time of the victimization and its effects on her life.

This review has emphasized the many problems of adjustment experienced by women victims, and in conclusion it is fitting not to overlook the considerable positive qualities demonstrated by some of these women. As Herman puts it, "In spite of their unhappiness in their personal lives, the women who had survived incestuous abuse display some impressive strengths. Accustomed to hard work and responsibility since childhood, many became highly disciplined, dedicated, productive workers ... In adult life, a great number of the incest victims also continued the caretaking role that had been imposed on them in childhood. Several provided a home and refuge for their younger sisters, or took in runaway teenagers or other homeless children. Many dedicated themselves to raising children with the determination that their sons and daughters would not have to suffer what they themselves had suffered. ... Thus did the victims of incest grow up to become archetypally feminine women: sexy without enjoying sex, repeatedly victimized and yet repeatedly seeking to lose themselves in the love of an overpowering man, contemptuous of themselves and of other women, hard-working, giving, and self-sacrificing. Consumed with inner rage, they nevertheless rarely caused trouble to anyone but themselves" (1981, pp. 105, 106, 108).

REFERENCES

Baisden, M.J., & Baisden, J.R. 1979. A profile of women who seek counseling for sexual dysfunction. *American Journal of Family Therapy, 7*, 68-76.

Becker, J.V., Skinner, L.J., Abel, G.G. & Treacy, E.C. 1982. Incidence and types of sexual dysfunctions in rape and incest victims. *Journal of Sex and Marital Therapy, 8*, 65-74.

Courtois, C.A. 1979. Characteristics of a volunteer sample of adult women who experienced incest in childhood or adolescence. (Doctoral dissertation, University of Maryland, 1979). *Dissertation Abstracts International, 40*, 3194A-3195A (University of Microfilms No. 7926514).

Fertel, N.S. 1977. Vaginismus: a review. *Journal of Sex and Marital Therapy, 3*, 113-21.

Finkelhor, D. 1979. *Sexually Victimized Children.* New York: Free Press.

Frank, E., Anderson, C., & Rubenstein, D. 1978. Frequency of sexual dysfunction in "normal" couples. *New England Journal of Medicine, 299*, 111-115.

Fritz, G.S., Stoll, K., & Wagner, N.N. 1981. A comparison of males and females who were sexually molested as children. *Journal of Sex and Marital Therapy, 7*, 54-59.

Gagnon, J. 1965. Female child victims of sexual offenses. *Social Problems, 13*, 176-192.

Glasner, A.J. 1980. The incidence of adult sexual dysfunction in people who were sexually molested in childhood. (Doctoral dissertation, United States International University). *Dissertation Abstracts International, 41*, 3159-B (University of Microfilms No. 8103385).

Gross, R.J., Doerr, H., Caldirola, D., Guzinski, GM., & Ripley, H.S. 1980. Borderline syndrome and incest in chronic pelvic pain patients. *International Journal of Psychiatry in Medicine, 10*, 79-96.

Gundlach, R.H. 1977. Sexual molestation and rape reported by homosexual and heterosexual women. *Journal of Homosexuality, 2*, 367-384.

Herman, J.L. 1981. *Father-Daughter Incest.* Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

James, J., & Meyerding, J. 1977. Early sexual experience as a factor in prostitution. *Archives of Sexual Behavior, 7*, 31-42.

Jehu, D. 1979. *Sexual Dysfunction: A Behavioural Approach to Causation, Assessment and Treatment.* Chichester: Wiley.

Kaplan, H.S. 1974. *The New Sex Therapy: Active Treatment of Sexual Dysfunctions.* New York: Brunner/Mazel.

Kaplan, H.S. 1979. *Disorders of Sexual Desire: And Other New Concepts and Techniques in Sex Therapy.* New York: Brunner/Mazel.

Kaplan, H.S., Fyer, A.J. & Novick, A. 1982. The treatment of sexual phobias: the combined use of antipanic medication and sex therapy. *Journal of Sex and Marital Therapy, 8*, 3-28.

Lamont, J.A. Female dyspareunia. 1980. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 136*, 282-285.

Lamont, J.A. 1978. Vaginismus. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 131*, 632-636.

Levay, A.N., & Kagle, A. 1977. Ego deficiencies in areas of pleasure, intimacy, and cooperation: guidelines in the diagnosis and treatment of sexual dysfunction. *Journal of Sex and Marital Therapy, 3*, 10-18.

McGuire, L.S., & Wagner, N.N. 1978. Sexual dysfunction in women who were molested as children: one response pattern and suggestions for treatment. *Journal of Sex and marital Therapy, 4*, 11-15.

Meiselman, K.C. 1978. *Incest: A Psychological Study of Causes and Effects with Treatment Recommendations.* San Francisco: Jossey-Bass.

Tsai, M., Feldman-Summers, S., & Edgar, M. 1979. Childhood molestation: variables related to differential impacts on psychosexual functioning in adult women. *Journal of Abnormal Psychology, 88,* 407-417.

Tsai, M., & Wagner, N.N. 1978. Therapy groups for women sexually molested as children. *Archives of Sexual Behavior, 7,* 417-427.

Wabrek, A.J., & Wabrek, C.J. 1975. Dyspareunia. *Journal of Sex and Marital Therapy, 1,* 234-241.

Health and Welfare Canada
Santé et Bien-être social Canada

Family Violence Prevention Division

National Clearinghouse on Family Violence

Division de la prévention de la violence familiale

Centre national d'information sur la violence dans la famille

L'ADAPTATION PSYCHO-SOCIALE DES FEMMES VICTIMES D'EXPLOITATION SEXUELLE DANS L'ENFANCE OU L'ADOLESCENCE

Derek Jehu
et
Marjorie Gazan

Université du Manitoba

RÉSUMÉ

L'ADAPTATION PSYCHO-SOCIALE DES FEMMES VICTIMES D'EXPLOITATION SEXUELLE DANS L'ENFANCE OU L'ADOLESCENCE

Derek Jehu
et
Marjorie Gazan

Université du Manitoba

RÉSUMÉ

Division de la prévention de la violence familiale
Centre national d'information sur la violence dans la famille
Direction générale des programmes de service social
Santé et Bien-être social Canada

©Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1989
N° de cat. H72-21/9-12-1989F
ISBN 0-662-95261-8

L'ADAPTATION PSYCHO-SOCIALE DES FEMMES VICTIMES D'EXPLOITATION SEXUELLE DANS L'ENFANCE OU L'ADOLESCENCE

Derek Jehu
et
Marjorie Gazan

Université du Manitoba

RÉSUMÉ

Un tiers des femmes ont, au cours de leur jeunesse, expérimenté la situation de victime sexuelle; aussi voit-on fréquemment apparaître chez ces femmes un éventail de problèmes émotionnels, interpersonnels et sexuels. Il est évidemment impossible de déterminer jusqu'à quel point ces problèmes sont le résultat direct de ces expériences d'exploitation sexuelle ou d'autres circonstances de la vie de ces victimes. On ne peut pas non plus établir avec certitude le taux d'incidence de ces divers problèmes en comparant les victimes et les non-victimes, compte tenu de certains biais et des limites des échantillons sur lesquels s'appuient ces recherches.

Sur le plan émotionnel, les problèmes de culpabilité, d'estime de soi, de dépression sont très fréquents chez les victimes, particulièrement celles qui cherchent à se faire traiter.

Les relations interpersonnelles de plusieurs victimes sont caractérisées par le sentiment d'être isolées, aliénées et différentes des autres, de même que par le manque de confiance et l'insécurité. Quant à savoir si ces femmes développent des attitudes d'hostilité ou de crainte à l'égard des hommes, les conclusions ne sont pas claires. Certaines victimes semblent éviter une relation durable avec un homme, et plusieurs s'engagent dans des relations transitoires et occasionnelles. Il semblerait aussi que la prostitution soit associée avec le fait d'avoir été victime sexuelle durant l'enfance. D'autres tendances apparaissent chez les victimes dont celles de "sursexualiser" les relations avec les hommes, de s'engager de façon répétitive avec des partenaires inadéquats et punitifs et de manifester une crainte de l'intimité. Les résultats se contredisent en ce qui concerne l'incidence de l'homosexualité.

Les dysfonctions sexuelles apparaissent plus souvent chez les victimes que chez les non-victimes. Il s'agit de manque de motivation, de phobies sexuelles, de vaginisme, de déficience de l'excitation, de difficulté d'atteindre l'orgasme, de dyspareunie et d'insatisfaction sexuelle.

Parmi les femmes qui furent des victimes sexuelles, on trouve une grande variété dans la façon de s'ajuster; les facteurs qui expliquent ces différences sont l'âge de l'enfant-victime, la durée de l'expérience, la nature de l'activité sexuelle et la perception que la femme a des sentiments éprouvés au moment de l'expérience et de ses effets sur elle.

Reproduit avec la permission du Canadian Journal of Community Mental Health Vol 2, N° 2, septembre 1983.

Dans cet ouvrage, nous nous en tenons à l'usage que Finkelhor (1979) fait de l'expression "victimisation sexuelle" pour parler des expériences sexuelles se passant entre les enfants et les personnes plus vieilles qu'eux, qui les exploitent en raison de leur jeune âge, de leur manque d'artifices sur le plan sexuel, ou de leur relation avec elles. Les expériences étudiées vont du simple exhibitionnisme chez le coupable aux rapports sexuels mêmes. Ces expériences pourront ou non comporter le recours à la force, et il est supposé qu'un enfant n'est pas apte à donner un consentement éclairé à l'activité sexuelle. Relativement à l'écart d'âge, nous proposons comme critères: (a) toutes les expériences vécues entre un enfant de 12 ans et moins et une personne qui est son aînée de cinq ans ou plus, ou (b) toutes les expériences vécues entre un adolescent de 13 à 16 ans et une personne d'au moins dix ans son aînée que l'adolescent considère à ce moment-là comme survenant contre son gré et n'ayant pas une nature romantique. Si ces critères ne s'appliquent pas complètement à toutes les études dont il est question ici, ils indiquent en revanche la portée de la victimisation sexuelle dans le sens où nous employons l'expression.

En ce qui a trait à l'incidence de la victimisation sexuelle, Herman, se fondant sur une recension des principales études, conclut que les résultats montrent avec une constance remarquable qu'entre un cinquième et un tiers de toutes les femmes interrogées déclarent avoir eu une sorte de rapport sexuel dans l'enfance avec un adulte du sexe masculin. Entre 4 et 12 p. 100 d'entre elles déclarent avoir eu une expérience sexuelle avec un parent, et une sur cent déclare avoir vécu une expérience sexuelle avec son père ou son beau-père (1981, p. 12). Toutes les études sur lesquelles s'appuie la conclusion à laquelle arrive Herman ont été menées aux États-Unis. Il n'y a pas de données comparables pour les femmes canadiennes, mais la victimisation sexuelle est vraisemblablement aussi généralisée dans notre pays.

Les faits examinés ici indiquent que les victimes montrent, dans des proportions substantielles, des difficultés d'adaptation diverses à l'âge adulte. Toutefois, on ne peut pas être sûr que ces difficultés résultent directement de la victimisation sexuelle en soi. Dans les antécédents de beaucoup de victimes, d'autres facteurs pourront très bien contribuer aux difficultés éprouvées plus tard par celles-ci. Parmi ces facteurs, citons les dissensions familiales et l'éclatement de la famille, les reproches des parents qui blâment l'enfant pour la victimisation, et l'insensibilité dont font preuve les parents, la police, les tribunaux et les organismes de service social dans leur manière de traiter l'enfant victime.

On ne peut pas non plus déterminer avec précision l'étendue des difficultés d'adaptation qu'éprouveront plus tard les victimes. Les faits dont on dispose sont rares, et souvent faussés ou limités de quelque manière. Ces faits, par exemple, proviennent en grande partie d'études menées auprès des victimes adultes qui sont des clientes des thérapeutes ou des organismes de service social, ou qui ont affaire à l'appareil de justice criminelle. Par définition, ces victimes ont des problèmes dans la vie et pourront ne pas être représentatives de la population générale de victimes. De même, celles qui offrent spontanément de prendre part aux études pourront ne pas être des victimes types. Il y a une autre limite, et c'est l'absence d'un échantillon témoin de non-victimes, ou échantillon de comparaison, dans bien des études, de sorte que l'importance des difficultés chez les victimes ne peut pas être vérifiée.

En dépit des lacunes dans les faits dont on dispose, il est évident que les adultes victimes vivent effectivement certains problèmes communs, qui sont examinés plus loin dans les catégories générales de l'adaptation affective, interpersonnelle et sexuelle, pour des fins heuristiques. Les problèmes sont attribués assez arbitrairement à ces catégories, et se chevauchent considérablement. Il y a aussi de toute évidence une large variation dans l'adaptation chez les adultes victimes, et quelques-unes des sources pouvant déterminer les différences sont examinées.

L'ADAPTATION AFFECTIVE

L'apparition de troubles affectifs plus nombreux chez la population générale de victimes, par rapport aux non-victimes, n'est pas absolument évidente (Courtois, 1979; Herman, 1981; Meiselman, 1980; Tsai, Feldman-Summers et Edgar, 1979), mais il n'y a pas de doute que les victimes qui cherchent à se faire traiter montrent fréquemment trois problèmes étroitement liés, à savoir un sentiment de culpabilité, un manque d'amour-propre et la dépression.

Sentiment de culpabilité

En fonction de ce qui s'est passé dans le cas des groupes de thérapie qu'ils ont dirigés à l'intention des femmes molestées sexuellement dans leur enfance, Tsai et Wagner (1978) soutiennent qu'il y a chez ces femmes un sentiment universel de culpabilité, qu'ils attribuent à trois facteurs.

D'abord, l'enfant victime a souvent subi des pressions pour garder le silence, et cela peut lui avoir transmis l'idée que ce qui s'est produit est quelque chose dont elle doit avoir honte et qu'elle ne doit révéler à personne.

Ensuite, l'enfant peut se sentir coupable d'avoir ressenti un plaisir physique durant l'activité sexuelle, en dépit du dégoût éprouvé par ailleurs.

Enfin, l'enfant victime peut se blâmer de s'être laissée molester pendant longtemps (4,6 ans en moyenne chez les sujets de Tsai et Wagner).

Il se peut que l'enfant n'ait pas demandé d'aide pour faire cesser la situation parce que des pressions s'exerçaient sur elle pour garder le silence, qu'elle a craint qu'on ne la croie pas, ou qu'elle répugnait à causer la discorde chez les siens ou la désintégration de la famille. Il se peut aussi que la victime ait l'impression d'avoir contribué d'une manière quelconque à faire durer la situation, peut-être en voulant séduire, et se dise qu'il y a certainement quelque chose d'autre qu'elle aurait pu faire pour y mettre fin.

Manque d'amour-propre

Le manque d'amour-propre est étroitement lié au sentiment de culpabilité chez beaucoup de femmes victimes, qui se voient souvent comme inférieures ou sans valeur à l'égard d'autres femmes.

Ainsi, chez 30 femmes victimes d'inceste qui ont offert d'être interrogées en entrevue dans le cadre d'une étude menée par Courtois (1979), 87 p. 100 déclarent que leur sentiment d'estime de soi à moyennement ou grandement souffert. De même, chez 40 victimes d'inceste père-fille alors en psychothérapie, 60 p. 100 ont une image de soi

surtout négative. Le chercheur fait remarquer que beaucoup de femmes ont l'impression que ce qui les singularise est le fait d'être mauvaises. Avec une régularité déprimante, ces femmes parlent d'elles-mêmes comme de chiennes, de sorcières, de putains. Le secret de l'inceste est au coeur même de leur identité (Herman, 1981, page 97).

Dépression

Chez les victimes, il est communément question de dépression, ce qui ne surprend pas du fait de leur sentiment de culpabilité et de leur peu d'amour-propre.

Ainsi, dans l'étude que fait Meiselman (1978) de 26 victimes d'inceste père-fille et d'un échantillon témoin de non-victimes, les deux groupes étant en psychothérapie, le diagnostic de la dépression est établi chez 35 p. 100 des victimes, comparé à 23 p. 100 chez les non-victimes. Dans l'étude menée par Herman auprès de 40 victimes d'inceste père-fille en psychothérapie, 60 p. 100 des sujets montrent des symptômes dépressifs majeurs.

L'ADAPTATION INTERPERSONNELLE

En général, les relations interpersonnelles des victimes adultes sont souvent caractérisées par le sentiment d'être isolées, privées de droits, différentes des autres, en même temps que par beaucoup de méfiance et d'insécurité. Ainsi, ces problèmes sont cotés de moyens à graves par 73 p. 100 des 30 femmes victimes d'inceste qui se sont offertes pour prendre part à l'étude de Courtois (1979).

Dans la même étude, 79 p. 100 des femmes déclarent avoir des problèmes moyens ou graves dans leurs rapports avec les hommes surtout. Parmi ces problèmes, il y a la déception, la peur, l'hostilité, le manque de confiance, et un sentiment d'être trahie. De même, dans l'étude de Meiselman (1978), 64 p. 100 des victimes d'inceste père-fille en psychothérapie et 40 p. 100 des sujets témoins se plaignent d'être en conflit avec le mari ou le partenaire sexuel ou d'avoir peur de lui.

Par contraste, Herman (1981) signale que seulement trois des victimes d'inceste père-fille en psychothérapie qu'elle a étudiées expriment une attitude par-dessus tout hostile ou craintive à l'égard des hommes ou évitent les hommes entièrement, la majorité tendant à surestimer et à idéaliser ces derniers. La colère qu'elles éprouvent peut-être, est généralement dirigée contre les femmes, elles comprises, qu'elles regardent avec mépris comme des personnes inadéquates n'ayant rien à offrir ou comme des rivales en puissance à l'égard de leurs partenaires masculins. Cette hostilité les empêche généralement de se créer des amitiés féminines qui les soutiendraient.

Refus d'établir des relations

Sur le plan clinique, des faits indiquent que certaines femmes victimes évitent effectivement d'établir toute relation d'une certaine durée avec un homme, et cette constatation peut être étayée par les taux de mariage déclarés.

Ainsi, chez les sujets de Meiselman en psychothérapie (1978), 39 p. 100 des 23 victimes d'inceste père-fille ne s'étaient jamais mariées, par rapport à 20 p. 100 du groupe témoin. Cette constation se vérifiait aussi chez 40 p. 100 des 30 victimes d'inceste qui avaient accepté spontanément de se laisser interroger pour la recherche de Courtois (1979).

Relations transitoires

Des faits démontrent que bien des victimes ont tendance à avoir de nombreuses relations sexuelles d'une nature plus transitoire et fortuite, par opposition à celles qui évitent d'avoir des relations durables.

Tsai et ses collaborateurs (1979) étudient trois groupes de 30 femmes chacun: (a) un groupe dit clinique comprenant des femmes qui cherchent à ce moment-là à se faire traiter pour des problèmes associés aux expériences sexuelles traumatisantes vécues dans l'enfance; dans ce groupe, 43 p. 100 des sujets déclarent avoir 15 partenaires sexuels consentants ou davantage; (b) un groupe dit non clinique constitué de femmes qui ont vécu des expériences sexuelles traumatisantes étant enfant, mais n'ont jamais cherché à aller en thérapie; 17 p. 100 déclarent avoir 15 partenaires sexuels consentants ou davantage; (c) un groupe témoin de femmes qui n'ont jamais vécu ce genre d'expérience et qui sont assorties au groupe non clinique; 9 p. 100 déclarent avoir 15 partenaires sexuels consentants ou plus.

On trouve d'autres faits chez les femmes en psychothérapie étudiées par Meiselman (1978), selon qui, il y a promiscuité sexuelle si la femme déclare avoir des rapports sexuels très fortuits ou changer de partenaire sexuel très fréquemment, par exemple au bout de quelques semaines ou de quelques mois (p. 135). Selon ce critère, 19 p. 100 des 26 victimes d'inceste père-fille sont jugées comme ayant vécu une période de promiscuité sexuelle suivant l'inceste. Cette promiscuité pourrait être attribuable à la sursexualisation et à la nature masochiste des relations des victimes avec les hommes, de même qu'à leur incapacité de répondre sur le plan sexuel à des partenaires plus durables et plus intimes. Ces facteurs sont analysés plus loin.

Certains faits indiquent aussi que la prostitution peut être plus courante chez les victimes que dans la population en général. James et Meyerding (1977) ont rencontré en entrevue 136 prostituées adultes d'une ville américaine. Avant d'avoir eu leurs premiers rapports sexuels, 52 p. 100 de ces femmes avaient subi des tentatives de jeux sexuels ou de rapports sexuels de la part d'une personne de plus de dix ans leur aînée. Comme 92 p. 100 des femmes avaient eu des rapports sexuels avant 18 ans, il est clair que la vaste majorité des avances sexuelles faites par les personnes plus vieilles ont dû survenir quand la victime était une enfant ou une adolescente.

Comparé à 52 p. 100 chez les prostituées, James et Meyerding citent le chiffre de 23 p. 100 que donne Gagnon (1965) pour un échantillon de femmes de la population générale qui ont subi les avances d'un homme d'au moins cinq ans leur aîné. Par ailleurs, pour le groupe de prostituées, dans 12 p. 100 des cas, le coupable était le père, le beau-père ou le père de la famille d'accueil, tandis que c'était la figure paternelle dans 2 p. 100 des cas seulement chez l'échantillon de Gagnon. Il semble donc que les prostituées ont subi plus communément des avances sexuelles de la part d'adultes dans l'enfance et l'adolescence, et que le père de la victime était plus souvent en cause.

Les chercheurs supposent que l'exploitation sexuelle à un âge tendre rabaisse l'amour-propre de la victime et amoindrit sa résistance au point de se voir comme un objet commode qui peut être vendu. Herman arrive à la même hypothèse. Selon elle, le père force effectivement la fille à payer de son corps l'affection et les soins qui devraient lui être donnés gratuitement. En agissant ainsi, il détruit le lien protecteur qui doit exister entre le parent et l'enfant et il initie sa fille à la prostitution (1981, p. 4). À remarquer aussi, que bien des adolescentes victimisées s'enfuient du foyer et que la prostitution sera peut-être pour elles un moyen de survivre.

Relations sursexualisées

Chez les victimes de l'inceste, une proportion inconnue est décrite comme ayant tendance à sexualiser toutes les relations.

Il y a différentes raisons qui peuvent expliquer cette tendance. Les victimes pourront ne pas être capables de distinguer rapport sexuel et affection parce qu'elles ont confondu l'amour parental et les manifestations de la sexualité dans l'enfance (Meiselman, 1978). Elles pourront avoir appris à se servir de leurs atouts sexuels comme d'un bon moyen pour avoir de l'attention (Herman, 1981), et certaines auront peut-être un besoin compulsif de rapports sexuels pour avoir la preuve d'être aimées et d'être des femmes adéquates (Courtois, 1979). Quelle que soit la raison, le résultat est souvent une suite constante de relations brèves, insatisfaisantes, douloureuses et nuisibles, qui servent uniquement à augmenter le manque de confiance de la victime à l'égard d'autrui.

Relations dissonantes

À cela vient se greffer la tendance chez les victimes à vivre à répétition des relations avec des partenaires qui en apparence ne leur conviennent pas et souvent exploitent les femmes.

Ainsi, chez les sujets en psychothérapie de Meiselman (1978), 42 p. 100 des 26 victimes d'inceste père-fille étaient masochistes, selon le thérapeute; autrement dit, ces femmes cherchaient et toléraient passivement les relations où elles se faisaient maltraiter. Les thérapeutes se servaient souvent d'expressions comme chiffe molle, souffre-douleur et lavette pour décrire ces femmes. D'après les conclusions dégagées de l'étude des groupes de thérapie qu'ils ont dirigés à l'intention de femmes violentées sexuellement quand elles étaient enfants, Tsai et Wagner (1978) font aussi remarquer le désir compulsif apparent qu'ont certaines victimes à se lier à des hommes indignes, qui fréquemment ressemblent à celui qui les a molestées.

Différentes hypothèses ont été avancées pour expliquer cette tendance à s'engager dans des relations mal assorties et punitives. Chez la victime, l'amour-propre est souvent si faible qu'elle choisit toujours des partenaires qui lui sont inférieurs et qui n'incarnent pas les valeurs élevées qu'elle a l'impression de ne pas pouvoir respecter (Tsai et Wagner, 1978). Des chercheurs laissent aussi entendre que la femme pourrait voir les mauvais traitements qu'elle subit de la part des hommes comme une nouvelle preuve que ces derniers sont tous des bêtes, et justifier ainsi son sentiment de supériorité morale et d'hostilité à leur égard (Meiselman, 1978). Il se peut enfin que la femme n'ait jamais appris comment se protéger et affirmer ses droits dans une relation, et qu'elle n'ait que des attentes très limitées quant à ce qu'elle pourrait raisonnablement exiger d'un partenaire. Ces carences sur le plan des compétences et des exigences pourraient avoir leur origine dans le fait que la victime a modelé son rôle sur le rôle passif qu'elle a vu sa mère jouer par rapport à un père dominateur, ce qui est la situation type pour bien des familles incestueuses (Herman, 1981; Meiselman, 1978).

Certains pères incesteux ont de toute évidence une haine des femmes et une peur d'être dominés par elles, qui se traduisent souvent par un dossier de viols et de mauvais traitements envers leur femme. Il n'est certes pas rare pour les pères incestueux

d'adopter un rôle extrêmement dominateur, tyrannique et autoritaire dans la famille, si bien que les autres membres vivent dans l'intimidation, les menaces et les sévices. Ce rôle coercitif est souvent fondé sur la notion du patriarche idéal à qui femme et filles doivent obéissance et fidélité, allant parfois même jusqu'à la subordination et à la possession sexuelle des filles par le père. Ces pères sont souvent très moralistes et religieux, et ils donnent généralement des raisons morales ou doctrinales auxquelles ils tiennent fortement pour justifier leur conduite.

Par opposition, il arrive souvent que la mère de la victime d'inceste ne puisse ou ne veuille pas accomplir les fonctions maternelles usuelles, soit parce qu'elle est absente, malade, déprimée, alcoolique, peu instruite, soit parce qu'elle est l'esclave de son mari, si bien qu'elle est incapable de protéger, de surveiller et de guider ses filles, qui sont par conséquent plus vulnérables à la victimisation. Une autre conséquence, c'est que la mère n'applique pas ou ne transmet pas à ses filles les techniques d'autoprotection et d'affirmation de soi. Les femmes opprimées et démoralisées qui sont elles-mêmes victimes sont mal placées pour renseigner et équiper leurs filles de manière à leur éviter les mêmes dangers. Les filles de ces mères impuissantes pourront par conséquent être aussi des mères impuissantes, dont les filles seront à leur tour vulnérables à la victimisation sexuelle. C'est peut-être une des raisons qui expliquent que la victimisation se transmette entre générations dans certaines familles, de sorte qu'il faut tout faire pour briser le cycle en aidant les femmes victimes à mieux fonctionner comme mères, aussi bien qu'en modifiant cette suprématie du mâle dans notre société qui facilite peut-être le rôle excessivement dominateur adopté par bien des pères en cause.

Peur des relations intimes

Des victimes ont du mal à garder une relation durable avec un homme en raison de l'intimité grandissante que cela comporte. Elles ont tendance à avoir une suite de relations brèves, plus superficielles.

Kaplan appelle ce mode de comportement une peur de l'intimité, c'est-à-dire cette qualité spéciale de rapprochement entre deux personnes qui est un lien d'affection, tissé de marques d'attention réciproque, de responsabilité, de confiance, d'une communication ouverte des sentiments et des sensations, en même temps que d'un libre échange des détails au sujet des événements importants sur le plan affectif (1979, p. 183). Levay et Kagle (1977) parlent aussi de la peur des relations intimes comme d'un trouble de l'intimité, où les gens ont du mal à fonctionner sexuellement s'ils doivent s'engager avec un partenaire établi, même s'ils peuvent le faire d'un manière adéquate durant des relations sexuelles relativement impersonnelles ou transitoires.

Une des raisons qui expliquent ces difficultés chez les victimes, c'est que plus une relation devient intime, plus la probabilité est grande que cette relation fera revivre les expériences traumatisantes vécues auparavant avec un agresseur qui était proche de la victime sur le plan affectif. Une autre raison serait la méfiance profonde qui naît chez la victime du fait d'avoir été exploitée par le père et mal dirigée par la mère.

Relations homosexuelles

Des faits indiquent que les victimes ont davantage tendance à s'engager dans des relations homosexuelles que les non-victimes.

Dans l'échantillon en psychothérapie de Meiselman (1978), 30 p. 100 des 23 victimes d'inceste père-fille ont adopté un mode de vie homosexuel ou déclarent vivre des expériences ou éprouver des sentiments homosexuels importants. Meiselman ne donne pas la proportion équivalente pour les sujets témoins, mais l'homosexualité serait rare chez ces femmes. Beaucoup de victimes orientées vers l'homosexualité réagiraient souvent aux expériences hétérosexuelles très négatives par des réflexes phobiques à l'égard de l'activité sexuelle et finiraient fréquemment par éprouver une haine profonde des hommes. Assez généralement, l'orientation homosexuelle ne s'est pas manifestée avant plusieurs années d'activité hétérosexuelle.

Dans une étude menée au moyen d'un questionnaire auprès de 225 femmes homosexuelles et de 233 femmes hétérosexuelles, Gundlach (1977) constate que 18 ont été molestées sexuellement ou violées par un **étranger** quand elles avaient 15 ans ou moins. Chez les victimes, 55 p. 100 sont homosexuelles à l'âge adulte. Il y a aussi 17 femmes qui ont été molestées sexuellement ou violées par **un parent ou un ami intime** quand elles avaient 15 ans ou moins, et la plupart du temps, la victimisation s'accompagnait de coercition. Chez ce groupe, 94 p. 100 sont homosexuelles à l'âge adulte. Ces conclusions assez frappantes sur l'incidence apparemment élevée de l'homosexualité chez les victimes méritent évidemment d'être explorées davantage. Il est certain qu'elles diffèrent nettement de celles de l'étude de Meiselman (1978), qui cite le chiffre de 30 p. 100, aussi bien que de celles d'un rapport de Herman (1981), qui donne 5 p. 100 de femmes homosexuelles et 7,5 p. 100 de femmes bisexuelles chez les 40 victimes d'inceste père-fille.

L'ADAPTATION SEXUELLE

Les études montrent que, dans différentes populations, les femmes qui ont été victimisées sexuellement dans l'enfance ou l'adolescence ont des problèmes considérables sur le plan de la sexualité.

Fritz, Stoll et Wagner (1981) ont administré un questionnaire à 542 collégiennes pour vérifier le nombre de cas d'exploitation sexuelle et de problèmes sexuels à l'âge adulte dans une population non clinique assez représentative du groupe d'âge aux États-Unis. Les auteurs définissaient l'exploitation sexuelle comme le fait pour le sujet d'avoir eu au moins un rapport sexuel avant l'âge de la puberté avec une personne qui n'était plus un adolescent. Pour les besoins du questionnaire, un rapport sexuel était un contact physique d'une nature ouvertement sexuelle, y compris se faire caresser les seins ou les parties génitales ou avoir des rapports bucco-génitaux. Parmi les critères établis pour déterminer les problèmes sexuels à l'âge adulte, il y avait le seuil de satisfaction du sujet dans son fonctionnement sur le plan sexuel à ce moment-là, les problèmes sexuels perçus par le sujet lui-même et le besoin de se faire traiter pour résoudre ces problèmes, et enfin, l'effet de l'expérience sexuelle précoce sur l'attitude et le comportement sexuels du sujet au moment de remplir le questionnaire.

Selon ces définitions, 42 des 542 femmes, soit 7,7 p. 100, avaient été exploitées sexuellement, et de ce nombre, 10, soit 23 p. 100, avaient à ce moment-là des problèmes d'adaptation sexuelle. Malheureusement, les chercheurs ne signalent pas l'incidence des problèmes sexuels chez les non-victimes, de sorte que la signification du pourcentage chez les victimes ne peut pas être déterminée avec certitude. Dans l'étude des femmes en psychothérapie menée par Meiselman (1978), 87 p. 100 des 23 victimes d'inceste père-fille parlent d'un problème sexuel actuel ou d'un grave problème d'adaptation sexuelle à un

moment donné après l'inceste. Par opposition, 20 p. 100 seulement des 100 sujets témoins déclarent avoir des problèmes sexuels durant la thérapie. Chez les victimes d'inceste, ces problèmes sexuels sont la frigidité, la promiscuité sexuelle et la confusion au sujet de l'orientation sexuelle, et il n'est pas rare pour une victime de signaler deux ou trois problèmes.

Enfin, chez les 30 victimes d'inceste qui se sont portées volontaires pour la recherche menée par Courtois (1979), 80 p. 100 disent que les effets d'ordre sexuel de l'expérience qu'elles ont vécue sont moyens ou graves. Elles se plaignent notamment d'un besoin compulsif de rapports sexuels, du fait de s'abstenir de tout rapport sexuel, ou d'une incapacité de se détendre et de jouir de l'activité sexuelle.

Les troubles de la sexualité, comportant un certain affaiblissement de la motivation, de la performance ou de la satisfaction sexuelles, seraient plus communs chez les victimes (Jehu, 1979; Kaplan, 1974, 1979). Dans une étude menée au moyen d'un questionnaire auprès de sujets volontaires trouvés dans la population générale des États-Unis, Glasner (1980), constate que 64 p. 100 des 28 femmes qui ont été exploitées sexuellement dans l'enfance ont des troubles de la sexualité à l'âge adulte, tandis que chez les 15 femmes non victimes, le pourcentage est de 28 p. 100. C'est une différence qui a une signification au niveau de 1 p. 100. Une étude de 240 femmes qui cherchent à se faire aider pour des troubles sexuels, menée par Baisden & Baisden (1979), révèle par contre que 90 p. 100 des sujets déclarent avoir eu des rapports sexuels avant 18 ans avec des hommes d'au moins quatre ans leurs aînés.

Souvent, les troubles ne se manifestent que quelque temps après le début d'une relation sexuelle. Au départ, la déficience peut être masquée par la nouveauté et par l'engagement limité qu'exigent bien des contacts sexuels hâtifs. Une fois qu'une relation est mieux établie et plus intime, les sentiments associés avec la victimisation par un adulte qui était "apparenté" à l'enfant pourront être réactivés. Parfois, les femmes diront que leur partenaire a changé et qu'il ressemble plus à l'agresseur de leur enfance. C'est le mode de réaction qu'on a appelé précédemment un trouble de l'intimité.

Affaiblissement de la motivation

Les victimes vont quelquefois déclarer qu'elles n'éprouvent aucun intérêt pour les rapports sexuels, qu'elles pourraient s'en passer indéfiniment et que s'en abstenir est souvent un soulagement pour elles. Ainsi, dans un petit groupe de 12 victimes d'inceste qui ont offert spontanément de prendre part à une recherche, 33 p. 100 déclarent ne pas éprouver de désir sexuel (Becker, Skinner, Abel et Treacy, 1982).

Différentes causes peuvent expliquer le manque de motivation chez les victimes, notamment un mauvais état de santé physique, la dépression, le conflit entre les partenaires, la peur de l'intimité ou du romanesque et le refus de l'activité sexuelle parce que c'est une expérience douloureuse, pénible ou insatisfaisante pour la femme (Jehu, 1979; Kaplan, 1979).

Phobies sexuelles

Le fait que cela déclenche de fortes réactions phobiques chez la victime expliquerait, entre autres raisons, pourquoi l'activité sexuelle peut être pénible pour elle (Kaplan, Fyer et Novick, 1982). Ainsi, dans l'étude menée par Becker et ses collaborateurs (1982) citée précédemment, 75 p. 100 des 12 victimes d'inceste parlent de leur peur des rapports sexuels.

Certaines caractéristiques propres aux rapports sexuels, comme se faire toucher d'une manière particulière ou venir en contact avec le sperme, provoqueront une peur intense et irrationnelle. Souvent, ces caractéristiques troublantes reproduisent les aspects traumatisants de la victimisation. L'anxiété éprouvée par anticipation des événements pourra être plus affligeante même que le fait de les vivre, si bien que les avances sexuelles et les jeux de l'amour pourront aussi déclencher l'aversion. Même les gestes d'affection pure, comme une étreinte ou un baiser, pourront provoquer l'anxiété à moins que la victime se trouve dans une situation où la progression éventuelle vers le rapport sexuel est écartée. Chez bien des victimes la peur s'accompagne de réactions physiologiques comme des sueurs abondantes, la nausée, les vomissements, la diarrhée, ou des palpitations. On peut comprendre que les phobies englobent aussi le fait d'éviter de susciter les événements. La motivation sexuelle de la femme risque donc d'être diminuée, la gamme des jeux de l'amour est restreinte et la fréquence des rapports sexuels est réduite. Souvent, la victime n'accomplit l'acte sexuel que sous les pressions du partenaire ou parce qu'elle a un sentiment d'obligation à son égard, ou quand elle a bu.

Vaginisme

Le vaginisme est un trouble souvent associé à une phobie sexuelle, en l'occurrence phobie de la pénétration vaginale. La menace de pénétration déclenche un réflexe qui provoque un spasme des muscles de la région du vagin et du périnée, de sorte que l'intromission est complètement impossible ou n'est possible qu'au prix de grandes difficultés et de douleurs intenses (Fertel, 1977; Lamont, 1978). Comme pour les autres phobies sexuelles, la réaction d'anxiété à la pénétration vaginale et le spasme automatique qui l'accompagne pourront avoir été acquis au cours de l'expérience précoce vécue par la victime.

Affaiblissement du désir sexuel

Chez certaines victimes, la composante physiologique ou la composante psychologique, et parfois les deux, du désir sexuel sont déficientes. De ce fait, une femme ne répond pas à la stimulation sexuelle par la lubrification et le gonflement habituel du vagin, qu'accompagnent les sensations et les sentiments érotiques. Ces réactions pourront survenir si la femme se masturbe, mais pas dans les rapports avec un partenaire. Dans l'étude de Becker et ses collaborateurs (1982), 42 p. 100 des 12 victimes d'inceste déclarent avoir un trouble du désir.

Une des raisons qui expliquent ce trouble est le rappel pendant l'amour des réactions phobiques dont on vient de parler. Il est bien connu que la peur excessive peut troubler le désir, qui risque de s'éteindre par l'apparition de symptômes physiologiques comme les nausées, les haut-le-coeur et les vomissements. De plus, la victime voudra

éviter physiquement les aspects de l'amour qui la troublent, de sorte qu'elle ne recevra peut-être pas de véritable stimulation sexuelle. Le manque de stimulation pourra aussi résulter d'un refus cognitif ou d'une connaissance réduite des aspects troublants d'une relation sexuelle. La femme ne perçoit pas la stimulation qu'elle reçoit, pas plus qu'elle n'éprouve les sensations et les sentiments érotiques qui s'y associent d'habitude, de sorte que son désir sexuel est affaibli. À l'extrême, les sensations et le désir sont totalement inexistants même après une stimulation très intense; c'est l'état qu'on appelle parfois "anesthésie génitale" ou "sexuelle".

Parmi les caractéristiques de l'amour qui pourront déclencher des réactions phobiques, il y a les "retours" à l'expérience vécue antérieurement. S'il arrive quelque chose durant la relation qui rappelle à la femme les incidents traumatisants, elle pourra en avoir un souvenir ou une image très nets qui sont très troublants pour elle. Par conséquent, sa réponse correspond davantage aux incidents passés qu'à l'activité qu'elle vit à ce moment-là avec un partenaire qu'elle aime peut-être beaucoup.

Il y a une autre caractéristique qui dérange généralement, et c'est tout ce qui peut constituer un élément permettant à la femme de penser qu'elle est forcée, utilisée ou maîtrisée par le partenaire actuel. Cela risque aussi de faire revivre l'expérience antérieure et de provoquer des réactions d'aversion. Pour certaines victimes, le désir est possible à condition qu'elles prennent l'initiative de l'amour et qu'elles en gardent complètement le contrôle.

Enfin, il y a des victimes qui ont des réactions phobiques au moindre signe de plaisir éprouvé dans une relation sexuelle. Il se peut que ce plaisir ressenti au cours de l'expérience précoce ait été associé à un immense sentiment de culpabilité et à une douleur considérable, de sorte qu'il est devenu menaçant pour la victime.

Difficulté d'atteindre l'orgasme

Que ce soit par suite de l'affaiblissement du désir ou pour d'autres raisons, certaines victimes ont de la difficulté à atteindre l'orgasme au cours de leurs rapports sexuels. Ainsi, 42 p. 100 des 12 victimes d'inceste étudiées par Becker et ses collaborateurs (1982) montrent des symptômes primaires ou secondaires de non-orgasme.

De même, dans l'échantillon en psychothérapie étudié par Meiselman (1978), 74 p. 100 des victimes d'inceste père-fille éprouvent des troubles orgastiques. La proportion équivalente chez les sujets témoins n'est pas signalée. Certaines peuvent atteindre l'orgasme dans des circonstances précises, par exemple si elles se masturbent, quand elles ont bu, avec un nouveau partenaire, ou avec un partenaire "sûr" qui est peu exigeant et extrêmement patient, au contraire de l'agresseur dans l'enfance.

Par opposition, il y a des victimes qui peuvent atteindre l'orgasme très aisément, même si elles pourront n'être pas motivées ou excitées sexuellement. L'orgasme semble "venir de nulle part". Souvent, ces victimes ne pourront atteindre l'orgasme que durant les rapports sexuels et pas en réaction à une autre forme de stimulation de la part d'un partenaire (McGuire et Wagner, 1978). Pour certaines aussi, l'orgasme n'est pas une expérience agréable ou satisfaisante. C'est presque comme si la victime avait acquis la réponse à un âge tendre, mais dans des circonstances traumatisantes, de sorte qu'elle ne l'a jamais associée avec le plaisir (Tsai et Wagner, 1978).

Dyspareunie

Des femmes victimes disent ressentir une douleur pendant les rapports sexuels. Dans certains cas, cette douleur peut être due à une malformation du pelvis, mais elle pourra aussi être causée par le manque de lubrification durant le processus d'excitation ou par la contraction musculaire (Lamont, 1980; Wabrek & Wabrek, 1975).

Gross, Doerr, Caldirola, Guzinski et Ripley (1980) arrivent à une conclusion intéressante. Ils ont mené une étude auprès de 25 femmes se plaignant de douleurs pelviques chroniques, dont 80 p. 100 éprouvaient aussi des difficultés dans leurs rapports sexuels. À l'examen gynécologique, 60 p. 100 des femmes sont trouvées normales, tandis que 40 p. 100 n'ont que des degrés peu importants d'anomalie, par exemple des spasmes musculaires et un relâchement du pelvis. Ce qui est remarquable, c'est que 36 p. 100 de ces femmes ont été victimes d'inceste, alors que nous voyons précédemment que le taux correspondant pour la population générale se situe vraisemblablement entre 4 et 12 p. 100.

Insatisfaction sexuelle

Il est important de reconnaître que même s'il y a un certain affaiblissement de la motivation ou de la performance sexuelles, un rapport sexuel peut toujours être satisfaisant pour le couple en cause. Une étude menée auprès de 100 couples mariés et heureux en ménage révèle, par exemple, que 40 p. 100 des hommes et 63 p. 100 des femmes disent avoir un peu de mal à accomplir l'acte sexuel, et pourtant, 80 p. 100 de ces couples considèrent comme satisfaisantes leurs relations sexuelles (Frank, Anderson, et Rubenstein, 1978).

Mais dans le cas de certaines femmes victimisées, des faits permettent de penser que leurs relations sexuelles sont généralement caractérisées par l'insatisfaction autant que par d'autres troubles. Ainsi, dans l'étude menée par Tsai et ses collaborateurs (1979), les femmes du groupe clinique (a) qui cherchent alors à se faire traiter pour des problèmes associés à l'exploitation sexuelle dans l'enfance déclarent avoir appréciablement moins de satisfaction que le groupe (b) de femmes qui ont été molestées, mais n'ont jamais cherché à se faire traiter ou que le groupe témoin (c) de femmes qui n'ont jamais été molestées. Une autre conclusion, à savoir que le groupe non clinique (b) et celui de femmes qui n'ont jamais été molestées (c) ne diffèrent pas pour ce qui est de la satisfaction sexuelle, montre bien le fait que l'insatisfaction n'est pas universelle chez les femmes victimes d'exploitation sexuelle.

DIFFÉRENCES D'ADAPTATION

On aura vu d'après cette recension qu'il y a des différences notables chez les victimes dans l'adaptation sur le plan affectif, dans les relations interpersonnelles et sur le plan de la sexualité quand elles atteignent l'âge adulte, mais il existe actuellement très peu de données systématiques sur l'origine éventuelle de ces différences.

Les conclusions les plus probantes à ce jour sont peut-être celles de Tsai et ses collaborateurs (1979). Ces chercheurs ont comparé le groupe clinique de femmes qui ont cherché à se faire traiter pour des problèmes associés au fait d'avoir été molestées dans l'enfance, avec le groupe non clinique de femmes qui avaient été molestées dans l'enfance, mais n'avaient jamais cherché à se faire traiter et se considéraient bien adaptées. En regard des sujets du groupe non clinique, les sujets du groupe clinique: (a) ont plus souvent été victimes de l'exploitation sexuelle quand elles avaient 12 ans ou plus, (b) ont été victimes de cette exploitation pendant plus longtemps, (c) l'ont été plus fréquemment, (d) ont plus généralement connu des tentatives de rapports sexuels, (e) se rappellent avoir eu au moment de l'expérience des sentiments plus négatifs, et (f) perçoivent comme plus grand l'effet indésirable de l'expérience sur leur vie.

SOMMAIRE ET CONCLUSION

Un tiers des femmes ont, au cours de leur jeunesse, expérimenté la situation de victime sexuelle; aussi voit-on fréquemment apparaître chez ces femmes un éventail de problèmes émotionnels, interpersonnels et sexuels. Il est évidemment impossible de déterminer jusqu'à quel point ces problèmes sont le résultat direct de ces expériences d'exploitation sexuelle ou d'autres circonstances de la vie de ces victimes. On ne peut pas non plus établir avec certitude le taux d'incidence de ces divers problèmes en comparant les victimes et les non-victimes, compte tenu de certains biais et des limites des échantillons sur lesquels s'appuient ces recherches.

Sur le plan émotionnel, les problèmes de culpabilité, d'estime de soi, de dépression sont très fréquents chez les victimes, particulièrement celles qui cherchent à se faire traiter.

Les relations interpersonnelles de plusieurs victimes sont caractérisées par le sentiment d'être isolées, aliénées et différentes des autres, de même que par le manque de confiance et l'insécurité. Quant à savoir si ces femmes développent des attitudes d'hostilité ou de crainte à l'égard des hommes, les conclusions ne sont pas claires. Certaines victimes semblent éviter une relation durable avec un homme, et plusieurs s'engagent dans des relations transitoires et occasionnelles. Il semblerait aussi que la prostitution soit associée avec le fait d'avoir été victime sexuelle durant l'enfance. D'autres tendances apparaissent chez les victimes dont celles de "sursexualiser" les relations avec les hommes, de s'engager de façon répétitive avec des partenaires inadéquats et punitifs et de manifester une crainte de l'intimité. Les résultats se contredisent en ce qui concerne l'incidence de l'homosexualité.

Les dysfonctions sexuelles apparaissent plus souvent chez les victimes que chez les non-victimes. Il s'agit de manque de motivation, de phobies sexuelles, de vaginisme, de déficience de l'excitation, de difficulté d'atteindre l'orgasme, de dyspareunie et d'insatisfaction sexuelle.

Parmi les femmes qui furent des victimes sexuelles, on trouve une grande variété dans la façon de s'ajuster; les facteurs qui expliquent ces différences sont l'âge de l'enfant-victime, la durée de l'expérience, la nature de l'activité sexuelle et la perception que la femme a des sentiments éprouvés au moment de l'expérience et de ses effets sur elle.

Si les recherches font ressortir les nombreux problèmes d'adaptation que connaissent les victimes, il convient en conclusion de ne pas oublier les qualités positives considérables montrées par certaines. Comme l'explique Herman, en dépit des expériences malheureuses qui ont marqué leur vie personnelle, les femmes qui survivent à l'inceste montrent des forces impressionnantes. Habituées à travailler dur et à assumer des responsabilités depuis l'enfance, beaucoup deviennent des travailleuses très disciplinées, dévouées, productives. À l'âge adulte, un grand nombre de victimes d'inceste ont gardé le rôle qui leur a été imposé dans l'enfance, c'est-à-dire prendre soin d'autrui. Plusieurs ont assuré foyer et abri à leurs jeunes soeurs, ou ont accueilli de jeunes fugueurs et fugueuses ou des enfants sans foyer. Beaucoup sont déterminées à éviter à leurs fils et à leurs filles ce qu'elles ont elles-mêmes subi et se sont vouées à l'éducation de leurs enfants. C'est ainsi que les victimes de l'inceste sont devenues des archétypes féminins: attirantes sexuellement sans jouir de leur sexualité, toujours victimes et cherchant toujours à se perdre dans l'amour d'un homme dominateur, se méprisant elles-mêmes et méprisant les autres femmes, industrieuses, généreuses et sacrifiées. Consumées de rage intérieure, il reste qu'elles causent rarement de mal à qui que ce soit sauf à elles-mêmes (1981, pp. 105, 106, 108).

BIBLIOGRAPHIE

Baisden, M.J., & Baisden, J.R. 1979. A profile of women who seek counseling for sexual dysfunction. *American Journal of Family Therapy*, 7, 68-76.

Becker, J.V., Skinner, L.J., Abel, G.G. & Treacy, E.C. 1982. Incidence and types of sexual dysfunctions in rape and incest victims. *Journal of Sex and Marital Therapy*, *8*, 65-74.

Courtois, C.A. 1979. Characteristics of a volunteer sample of adult women who experienced incest in childhood or adolescence. (Doctoral dissertation, University of Maryland, 1979). *Dissertation Abstracts International*, *40*, 3194A-3195A (University of Microfilms No. 7926514).

Fertel, N.S. 1977. Vaginismus: a review. *Journal of Sex and Marital Therapy*, *3*, 113-21.

Finkelhor, D. 1979. *Sexually Victimized Children*. New York: Free Press.

Frank, E., Anderson, C., & Rubenstein, D. 1978. Frequency of sexual dysfunction in "normal" couples. *New England Journal of Medicine*, *299*, 111-115.

Fritz, G.S., Stoll, K., & Wagner, N.N. 1981. A comparison of males and females who were sexually molested as children. *Journal of Sex and Marital Therapy*, *7*, 54-59.

Gagnon, J. 1965. Female child victims of sexual offenses. *Social Problems*, *13*, 176-192.

Glasner, A.J. 1980. The incidence of adult sexual dysfunction in people who were sexually molested in childhood. (Doctoral dissertation, United States International University). *Dissertation Abstracts International*, *41*, 3159-B (University of Microfilms No. 8103385).

Gross, R.J., Doerr, H., Caldirola, D., Guzinski, GM., & Ripley, H.S. 1980. Borderline syndrome and incest in chronic pelvic pain patients. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, *10*, 79-96.

Gundlach, R.H. 1977. Sexual molestation and rape reported by homosexual and heterosexual women. *Journal of Homosexuality*, *2*, 367-384.

Herman, J.L. 1981. *Father-Daughter Incest*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

James, J., & Meyerding, J. 1977. Early sexual experience as a factor in prostitution. *Archives of Sexual Behavior*, *7*, 31-42.

Jehu, D. 1979. *Sexual Dysfunction: A Behavioural Approach to Causation, Assessment and Treatment*. Chichester: Wiley.

Kaplan, H.S. 1974. *The New Sex Therapy: Active Treatment of Sexual Dysfunctions*. New York: Brunner/Mazel.

Kaplan, H.S. 1979. *Disorders of Sexual Desire: And Other New Concepts and Techniques in Sex Therapy*. New York: Brunner/Mazel.

Kaplan, H.S., Fyer, A.J. & Novick, A. 1982. The treatment of sexual phobias: the combined use of antipanic medication and sex therapy. *Journal of Sex and Marital Therapy*, *8*, 3-28.

Lamont, J.A. Female dyspareunia. 1980. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *136*, 282-285.

Lamont, J.A. 1978. Vaginismus. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *131*, 632-636.

Levay, A.N., & Kagle, A. 1977. Ego deficiencies in areas of pleasure, intimacy, and cooperation: guidelines in the diagnosis and treatment of sexual dysfunction. *Journal of Sex and Marital Therapy*, *3*, 10-18.

McGuire, L.S., & Wagner, N.N. 1978. Sexual dysfunction in women who were molested as children: one response pattern and suggestions for treatment. *Journal of Sex and marital Therapy*, *4*, 11-15.

Meiselman, K.C. 1978. *Incest: A Psychological Study of Causes and Effects with Treatment Recommendations.* San Francisco: Jossey-Bass.

Tsai, M., Feldman-Summers, S., & Edgar, M. 1979. Childhood molestation: variables related to differential impacts on psychosexual functioning in adult women. *Journal of Abnormal Psychology, 88,* 407-417.

Tsai, M., & Wagner, N.N. 1978. Therapy groups for women sexually molested as children. *Archives of Sexual Behavior, 7,* 417-427.

Wabrek, A.J., & Wabrek, C.J. 1975. Dyspareunia. *Journal of Sex and Marital Therapy, 1,* 234-241.